**ANEXO II**

**CARTA PROPOSTA**

| **DENOMINAÇÃO/RAZÃO SOCIAL** |
| --- |
| **CNPJ:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SÓCIO RESPONSÁVEL:** |
|  Vem requerer, à Comissão Permanente de Credenciamento, o credenciamento da empresa acima identificada para a prestação de serviços hospitalares aos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde da CAAPSML, nos termos do Edital Administrativo nº**: 002/2018**, publicado no Jornal Oficial do Município. |
| Endereço de atendimento: |
| Bairro: cidade: UF: CEP: |
| Porte do Estabelecimento (anexar documento comprobatório): |
| Regime de Atendimento: |
| Serviços Prestados/Especialidades: |
| Serviços/Procedimentos: |
| Email: |
| Dados bancários:  |

Em vista do solicitado, anexamos ao presente à documentação exigida pelo Edital.

Nestes termos pede deferimento.

Local e data

Nome e assinatura do representante legal da pessoa jurídica

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO**

**Ref.: EDITAL ADMINISTRATIVO Nº 002/2018**

......................................................................................................................................................, inscrito no CNPJ/MF n° ..............................................................., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) ..................................................................................., portador(a) da Carteira de Identidade nº ....................................... e do CPF/MF no .................................................., **DECLARA**, para fins do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988 bem como no [inciso V do art. 27 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm#art27v), acrescido pela Lei no 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos.

**Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7º, XXXIII, da CF ( ).**

Local e data

............................................................

Representante legal

**(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO**

Declaro sob as penas lei, e para fins credenciamento para prestação de serviços hospitalares, nos termos do Edital Administrativo n.º 002/2018, que a empresa ..................... inscrita no CNPJ sob o n.º ..............., que na presente data, inexistem fatos impeditivos à sua participação em licitações no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual,Municipal ou do Distrito Federal, oriundos de SUSPENSÃO TEMPORÁRIAe/ou declaração de INIDONEIDADE, e que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Local e data

............................................................

Representante legal

**ANEXO V**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, R.G. n°........................, C.P.F. n° ........................, declaro estar ciente de que optando por acomodação tipo apartamento, nos casos de internação, haverá participação na conta hospitalar no percentual de 30% (trinta por cento) desde o início do atendimento até a alta do paciente, conforme previsto na tabela 01 do artigo 27, da Resolução n° 42/2005 editada pelo Conselho Administrativo da CAAPSML.

Londrina, \_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura(Titular ou Responsável)